



年 月 日

フリガナ			性別	男 ・ 女
お名前				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	( 才 )	
ご住所	(〒 - )			
電話番号	(携帯)			
勤務先名			所在地	市

お身体の具合の悪い様子を教えてください。

☆いつから

☆どのような症状ですか

[ ( 体温 ) ]

現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか。( ある ・ ない )  
( )

以前にかかった病気があればお書きください。

[ ]

今までにショックやアレルギーを起こしたことがありますか。( ある ・ ない )  
ある方は何が原因ですか。( )

身長 ( cm ) 体重 ( kg )

緑内障はありますか。( ある ・ ない )

喘息はありますか。( ある ・ ない )

不整脈はありますか。( ある ・ ない )

現在、喫煙はされますか。( する → 本/日<喫煙歴 年> ・ しない )

お酒は飲まれますか。( のむ → 少 ・ 多 ・ のまない )

1日平均 ビール( )本 日本酒( )合 その他( )

男性の方：前立腺肥大はありますか。( ある ・ ない )

女性の方：現在妊娠している可能性はありますか。( ある ・ ない ・ わからない )

当院をお知りになった理由をお聞かせください。

- 知人や家族の紹介 (さしつかえなければお名前をご記入ください： )
- 病院の近くを通った
- 当院の公式ホームページ
- Google Map
- 検索エンジン (Yahoo・Google・その他： / 検索ワード： )
- 当院の公式 SNS ( LINE ・ Instagram ・ TikTok ・ Facebook )
- 他の医療機関、医師からの紹介 (病院・医師名： )